Características clínicas y vigilancia de los casos probables de parálisis flácida aguda, Colombia, 2013 - 2017

Paola Carolina Correal Tovar[1]
1Instituto Nacional de Salud, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública.

Citación sugerida: Correal Tovar PC. Características clínicas y vigilancia de los casos probables de Parálisis Flácida Aguda, Colombia, 2013-2017. REN [Internet]. 2019 jun.; 1(1): 29-37.
https://doi.org/10.33610/01229907.2019v1n1a3

Resumen

Introducción: Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) los casos de poliomielitis han disminuido en más de un 99 %; de los 350 000 estimados en 1988 a los 37 notificados en 2016. Se han evitado más de 16 millones de casos de poliomielitis como resultado de los esfuerzos mundiales por erradicar la enfermedad. Mientras haya un solo niño infectado, los niños de todos los países corren el riesgo de contraer la enfermedad. Si no se erradica la poliomielitis, se podrían producir hasta 200 000 nuevos casos anuales en diez años en todo el mundo. Por lo cual resulta importante revisar las definiciones clínicas con el fin de capacitar y recapacitar a todo el personal de salud a nivel nacional para la identificación oportuna de los casos probables del evento.

Materiales y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de las características clínicas y vigilancia de los casos probables de Parálisis Flácida Aguda durante el año 2013 - 2017.

Resultados: Durante el año 2013 - 2017 se realizó la notificación de casos probables de PFA a nivel Nacional. El síntoma que se presentó con mayor frecuencia fue dolor muscular. La progresión de la parálisis fue ascendente y la instalación de la parálisis fue de 1 a 5 días.

Conclusiones: Se trata de un evento en erradicación por lo cual es necesario fortalecer el conocimiento del personal de salud para la identificación, notificación oportuna de los casos probables de PFA.

Palabras claves: Parálisis flácida aguda, síntomas, signos, vigilancia epidemiológica, epidemiología.

Correspondencia a: *Paola Carolina Correal, Instituto Nacional de Salud; editorial.vigilancia@ins.gov.co*

Reporte Epidemiológico Nacional
Volumen 1 Número 1 – Enero – Junio de 2019

Clinical characteristics and surveillance of probable cases of Acute Flaccid Paralysis, Colombia, 2013 - 2017

Paola Carolina Correal Tovar[1]
[1]Instituto Nacional de Salud, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública.

Suggested citation: Correal Tovar PC. Características clínicas y vigilancia de los casos probables de Parálisis Flácida Aguda, Colombia, 2013-2017. REN [Internet]. 2019 jun.; 1(1): 29 – 37.
https://doi.org/10.33610/01229907.2019v1n1a3

Abstract

Introduction: According to the Pan American Health Organization (PAHO) polio cases have declined by more than 99 %; from an estimated 350 000 in 1988 to 37 reported in 2016. More than 16 million cases of polio have been prevented as a result of global efforts to eradicate the disease. For as long as there is a single infected child, children in every country are at risk of contracting the disease. If polio is not eradicated, there could be as many as 200,000 new cases per year in ten years worldwide. Therefore, it is important to review clinical definitions in order to train and retrain all health personnel at the national level for the timely identification of probable cases of the event.

Materials and Methods: Retrospective descriptive analysis of the clinical characteristics and surveillance of probable cases of Acute Flaccid Paralysis during the year 2013 - 2017.

Results: During the year 2013-2017, notification of probable cases of AFP was performed at the National level. The most frequently presented symptom was muscle pain. The progression of paralysis was ascending and the installation of paralysis was from 1 to 5 days.

Conclusions: This is an event in eradication so it is necessary to strengthen the knowledge of health personnel for the identification, timely notification of probable cases of AFP.

Key words: acute flaccid paralysis, symptoms, signs, epidemiological surveillance, epidemiology.

Correspondence to: *Paola Carolina Correal, Instituto Nacional de Salud; editorial.vigilancia@ins.gov.co*

Introducción

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los casos de poliomielitis han disminuido en más de un 99 %, de los 350 000 estimados en 1988 a los 37 notificados en 2016. Mientras haya un solo niño infectado, los niños de todos los países corren el riesgo de contraer la poliomielitis.

Considerando que la poliomielitis es una enfermedad inmunoprevenible; la OPS promueve que las estrategias para el mantenimiento de la erradicación deben orientarse a alcanzar y mantener coberturas de vacunación superiores a 95 % en la población objeto, así como intensificar la vigilancia epidemiológica por parte de todos los actores del equipo de salud y garantizar la notificación de cualquier caso probable de poliomielitis, recolección y envío oportuno de muestras e investigación inmediata de los casos.

Es importante que los gobiernos sepan los riesgos asociados con la importación de Poliovirus salvaje o la ocurrencia de un evento de cVDPV (Poliovirus circulantes de origen vacunal); por lo tanto, es necesaria una vigilancia continua en la región para garantizar una alta cobertura vacunal y una mejora continua de la calidad de la vigilancia de las parálisis flácidas agudas (PFA) para una detección y respuesta oportuna a brotes (1).

La parálisis se define como la pérdida parcial o total de la capacidad para realizar movimientos voluntarios; lo que incluye no solamente movimientos de los cuatro miembros, sino también aquellos con un componente automático como la respiración, la deglución y los movimientos oculares. En términos clínicos, la parálisis puede resultar de la lesión en uno de los cuatro sitios anatómicos: neurona motora superior, neurona motora inferior (incluidas raíces, plexos, nervios periféricos, unión neuromuscular y músculo), unión neuromuscular y músculo estriado. La denominación de la parálisis aguda indica la instalación abrupta de la debilidad muscular, pero también que la parálisis progresa hasta su acmé en uno a diez días, usualmente en tres a cuatro días (2).

La parálisis generalmente es flácida (los músculos no presentan rigidez ni espasmos); suelen tener dificultad para permanecer de pie y caminar, presentan una evolución rápida por lo general en menos de cuatro días. Su inicio regularmente va acompañado de fiebre y escasa o nula perdida sensorial, lo cual puede ser difícil de evaluar en los niños. Las piernas pueden afectarse más que los brazos. Los músculos proximales de las extremidades tienden a sufrir más daño que los distales. Es generalmente asimétrica, aunque puede producirse parálisis de cualquier combinación de extremidades, lo más común es que se vea afectada solo una pierna y con menor frecuencia un brazo únicamente; las secuelas suelen persistir más de 60 días después del inicio (3).

Se deben tener en cuenta los diagnósticos diferenciales, algunos podrían presentar síntomas similares a la poliomielitis como la neuritis traumática, algunos tumores y con menos frecuencia la meningitis/encefalitis y las enfermedades producidas por toxinas. La diferencia más importante entre la poliomielitis y las demás causas de PFA es que, en la primera, las secuelas paraliticas suelen ser graves y permanentes, mientras que, en las demás causas, la PFA tiene a resolverse o mejorar 60 días después del inicio (4).

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda de rápida evolución y potencialmente fatal, es una enfermedad autoinmune, autolimitada, desencadenada generalmente por un proceso infeccioso; es considerada una neuropatía periférica aguda relativamente rara (ocurren anualmente entre 1 y 2 casos por cada 100 000 personas), cursa con trastornos somáticos motores y sensitivos, así como con manifestaciones disautonómicas. Los pacientes desarrollan una parálisis motora, clásicamente ascendente, que comienza en los miembros inferiores, progresa en horas o días a los músculos del tronco, de los miembros superiores, cervicales y de inervación craneal (por ejemplo, músculos faciales, de la deglución y de la fonación) (5).

Por lo cual resulta importante revisar las definiciones clínicas con el fin de capacitar y recapacitar a todo el personal de salud a nivel nacional para la identificación oportuna de los casos probables del evento.

El propósito de investigar todos los casos probables de PFA incluyen: 1). La Vigilancia de PFA aumenta sustancialmente la sensibilidad del sistema de vigilancia y permite detectar la poliomielitis. 2). La vigilancia de PFA proporciona objetivos para monitorear la calidad de la vigilancia en un país (6). Los objetivos fueron realizar una revisión de literatura científica respecto a las características clínicas de la PFA, identificar las características clínicas de los casos probables, obtener datos relevantes para el análisis de las características clínicas de la PFA e identificar las características clínicas durante los años 2013-2017.

Materiales y métodos

Población de estudio: Se tomaron los casos registrados a través de las fichas de notificación del Sivigila de Parálisis Flácida aguda de las bases de datos del Instituto Nacional de Salud de los años 2013 a 2017.

Variables en estudio y nivel de medición: Se realizó un análisis de las variables: edad, número de casos registrados para el evento en estudio, características clínicas, sexo, indicadores de vigilancia. Plan de recolección de los datos Con previa autorización del Instituto Nacional de Salud, se obtuvo la base Sivigila de datos de casos notificados como sospechosos de PFA

registrados en Colombia durante los años 2013 a 2017 en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 2007 con las variables anteriormente descritas.

Plan de análisis: Los datos obtenidos fueron organizados por distribución de frecuencias y presentados en tablas y gráficos.

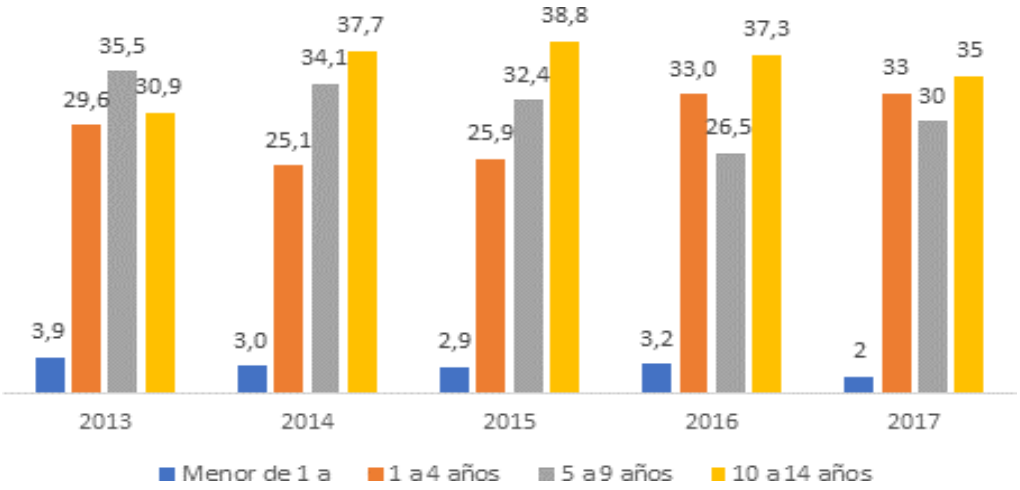
Consideraciones éticas: Se trata de un estudio retrospectivo en donde recolectaron y se procesaron los datos provenientes de las fichas diligenciadas y notificadas al Sivigila; por lo tanto, de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993, no se incurre en riesgos para la salud de la población atribuibles al mismo por lo que se considera sin riesgo. Se garantizó la confidencialidad de los datos.

Resultados

Para el periodo de 2013 a 2017 se analizaron 803 casos probables de PFA con un promedio de notificación de tres casos por semana.

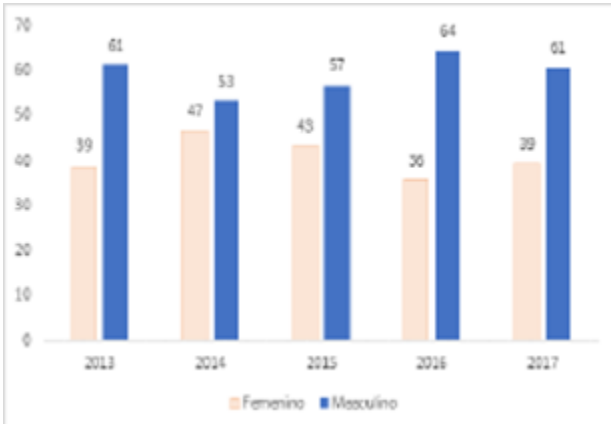
Edad: En el 2013 el 35,5 % de los casos notificados se encontraron en el grupo de edad de 5 a 9 años. Del año 2014 al 2017 predominó el grupo de edad de 10 a 14 años (Ver tabla 1).

Tabla 1. Casos probables de PFA notificados por grupo de edad, Colombia, 2013-2017



Sexo: Existe diferencia en la distribución de casos por sexo, se notificó en mayor porcentaje el sexo masculino con el 61 % en 2013; 53 % en el 2014; 57 % en 2015, 64 % en 2016 y 61 % en 2017 con un promedio de 59, 2 % (Ver tabla 2).

Tabla 2. Casos probables de PFA notificados por sexo, Colombia, 2013-2017



Durante el año 2016 el 52 % de los casos notificados presentaron fiebre, en los demás años los porcentajes fueron menores con 43 % en 2013; 38 % en 2014; 48 % en 2015 y 41 % en 2017.

La presentación de dolor muscular en los casos probables de PFA se reportó en el 65 % de los casos en el 2013; 68 % en el 2014; 75 % en el 2015, 69% en el 2016 y 71 % en el 2017 con un promedio de 69,6% de los casos.

Presentaron progresión de la parálisis ascendente el 61 % en el 2013, el 53 % en el 2014, el 64 % en el 2015, el 61 % en el 2016 y el 66 % en el 2017. Presentaron instalación de la parálisis de 1 a 5 días (rápida) el 76 % en el 2013, el 72 % en el 2014, el 70 % en el 2015, el 68 % en el 2016 y el 73 % en el 2017.

Dentro de los indicadores de porcentaje de casos investigados en menos de 48 horas no se logró cumplir con la meta con un promedio de 56,6 % en el periodo de 2013 a 2017. Se cumplió con el porcentaje de casos con muestra de heces con un promedio de 94,4 %. Se logró cumplir con el porcentaje de casos con muestra de heces obtenida en los 14 días siguientes al inicio de la parálisis durante los años 2014, 2016 y 2017 (Ver tabla 3).

Tabla 3. Indicadores de investigación de PFA en <15 años del 2013 – 2017

Año	2013	2014	2015	2016	2017
Porcentaje de casos investigados en <48 horas	40%	28%	72%	77%	66%
Porcentaje de casos con muestra de heces	93%	92%	97%	95%	95%
Porcentaje de casos con muestra de heces obtenida en los 14	77%	81%	79%	83%	83%
Porcentaje de muestras de heces recibidas en el laboratorio en	73%	82%	SD	80%	74%
Porcentaje de casos con seguimiento a los 60 días de inicio de la parálisis	15	15	22	17	19

Fuente: *Polio Eradication Surveillance System* (PESS).

La incidencia de la notificación de los casos probables de PFA desde 2013 hasta el 2017 se presentó con un promedio 1,25 por 100 000 menores de 15 años.

Tabla 4. Incidencia de casos notificados de PFA. Colombia. 2013-2017

Año	Población	Casos	%	Incidencia x 100 000
2013	12892289	152	18,9	1,18
2014	12872589	167	20,8	1,30
2015	12863023	139	17,3	1,08
2016	12864198	185	23,0	1,44
2017	12875188	160	19,9	1,24
Total	64367287	803	100	-

Discusión

Siendo la Poliomielitis una enfermedad inmunoprevenible que se encuentra erradicada en las Américas desde 1991, las estrategias para el mantenimiento de la erradicación según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) deben orientarse a alcanzar y mantener coberturas de vacunación superiores a 95 % en la población objeto y a asegurar un sistema de vigilancia epidemiológica que garantice la investigación inmediata de los casos y el control oportuno de los brotes.

La mayoría de los casos durante el 2017 se registró en el sexo masculino, al igual que en la situación epidemiológica de Guatemala de Parálisis Flácida Aguda en 2016, donde se observaron casos probables de PFA de predominio en el sexo masculino (7). A diferencia de

España donde se presentó un mayor número de casos notificados en niñas con el 58 % en el año 2004 (8) y con el 54,5 % en niñas en el 2016 en Madrid España (9).

En cuanto a los grupos de edad, se notificó un mayor número de casos en el grupo de 10 a 14 años, seguido por el grupo de 1 a 4 años en el grupo de 5 a 9 años. En la situación epidemiológica de PFA en Guatemala (2016), se presentó un mayor número de casos en el grupo de 10 a 14 años, seguido por el grupo de 0 a 4 años y de 5 a 9 años, mientras que en España (2004) se presentó un mayor número de casos notificados en el grupo de 10 a 14 % con el 42 % (8).
Desde el 2013 hasta el año 2017, se analizaron las características clínicas de cada uno de los casos donde se identificó que en el 2016 presentó dolor muscular un promedio 69,6 % y 52 % presentaron fiebre. La progresión de la parálisis se identificó en mayor proporción y en cuanto a la instalación de la parálisis, se presentó con mayor frecuencia entre uno y cinco días (instalación rápida). En España en el 2004, el 37% presentó fiebre y el 36 % presentó dolor muscular (8).

En 2016 el 60,8 % de los casos presentó fiebre al inicio de la parálisis y la parálisis progreso rápidamente en el 41,2 % de los casos (<4 días) (9).

La herramienta o instrumento para la notificación de este evento presentó inconveniente en la notificación al evaluar la sensibilidad de miembro inferior derecho.

Las limitaciones encontradas en la notificación durante estos años corresponden a la falta de diligenciamiento de algunos datos complementarios.

La información recolectada refleja la necesidad de capacitar y recapacitar en el protocolo de PFA en las entidades territoriales, fortalecer el conocimiento de la parálisis flácida aguda con el fin de fortalecer la vigilancia y notificación de los casos probables de PFA a nivel nacional, departamental y municipal.

Conclusiones

- Se notificaron los casos con predominio en niños y en el grupo de edad de 10 a 14 años
- El síntoma más frecuentemente encontrado durante este periodo de vigilancia fue el dolor muscular. La progresión de la parálisis se presentó de predominio ascendente
- Se identificó la instalación rápida de la parálisis en la mayoría de los casos notificados
- Se realizó la notificación de la mayoría de los datos clínicos de PFA excepto por la sensibilidad en miembro inferior derecho.

Recomendaciones

- Resulta necesario fortalecer la capacitación de todo el personal de salud en el protocolo, ficha de notificación de los casos probables de PFA, identificación

de la sintomatología relacionada con Parálisis Flácida Aguda.

• El conocimiento de las características de PFA es imprescindible para el diagnóstico, notificación y para el desarrollo de las medidas en el plan de respuesta frente a un posible brote de poliomielitis.

• Se recomienda garantizar el seguimiento por parte de las EAPB garantizando las valoraciones neurológicas de 30, 60 y 90 días de cada uno de los casos.

Referencias

1. Grupo técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación (GTA) XXIV, Ciudad de Panamá, Panamá. [Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_ download&gid=42499&Itemid=270&lang=en.

2. Protocolo de vigilancia en salud pública. Parálisis Flácida Aguda. Instituto Nacional de salud. [Citado 21 noviembre 2018]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA%20Lineamientos/PRO%20Paralisis%20flacida%20agu- da_.pdf

3. Guía para la vigilancia por laboratorio de la Parálisis Flácida Aguda en menores de 15 años dentro del programa mundial de erradicación del Polio Virus Salvaje. Dirección de Redes en Salud Publica. Grupo de virología. Instituto Nacional de salud. [Fecha de consulta: 21 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informa-cin%20de%20laboratorio/Gu%C3%ADa%20para%20la%20vigilancia%20por%20laboratorio%20de %20Par%C3%A- 1lisis%20Fl%C3%A1cida%20Aguda.pdf

4. Guía práctica Erradicación de la poliomielitis. Organización Panamericana de Salud (OPS) Tercera edición. [Fecha de con- sulta: 21 de mayo de 2018]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/735/9275316074. pdf

5. Boletín informativo Síndrome de Guillain Barre. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). [Fecha de consulta: 21 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/nic/index.php?option=-com_docman&view=download&category_slug=vigilancia-de-la-salud-publica&alias=724-boletin-informativo-de-guil- lain-barre&Itemid=235

6. Acute Flaccid Paralysis (AFP) surveillance: the surveillance strategy for poliomyelitis eradication. [Fecha de consulta: 21 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.searo.who.int/india/topics/poliomyelitis/acute_flaccid_paralysis_surveil- lance.pdf

7. Parálisis Flácida Aguda, situación epidemiológica Guatemala 2016. Consultado (Junio/18). [Fecha de consulta: 21 de ju- nio de 2018]. Disponible en:

8.http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202017/Inmunoprevenibles/Par%C3%A1lisis%20Fl%C3%A-1cida%20Aguda%20semana%2052-2016.pdf

9. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda. Plan Nacional de erradicación de la Polio. Centro Nacional de epidemiologia. Ins- tituto de salud Carlos III. España 2004. [Fecha de consulta: 21 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCI- II/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles- vacunacion/InformePFA2004.pdf

10. Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda. Plan Nacional de erradicación de la Polio. Dirección general de salud pública. Ser- vicio de epidemiologia. Comunidad de Madrid. 2016. [Fecha de consulta: 21 de junio de 2018]. Disponible en: www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_pfa_2016.pdf